

Szczecin, dnia .....

**Wniosek o  
ROZWIĄZANIE UMOWY NR 16/ ..... /200....  
o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne**

zawartej w dniu ..... pomiędzy Zachodniopomorskim Oddziałem  
Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie,

a

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr PESEL

Umowa zostaje rozwiązana z dniem .....

(Uwaga:

1. Umowa może być rozwiązana maksymalnie do 7 dni wstecz od daty złożenia/przesłania do NFZ wniosku o rozwiązanie umowy.
2. W przypadku uzyskania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, np. z tytułu uzyskania statusu osoby bezrobotnej, podjęcia pracy, uzyskania emerytury czy renty etc., jako datę rozwiązania umowy należy wpisać datę objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.
3. O rozwiązaniu umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne należy powiadomić właściwy ze względu na miejsce zamieszkania oddział ZUS).

Do rozwiązania umowy dołączam kopię druku ZUS ZWUA oraz ZUS ZCNA\* (w przypadku wyrejestrowania zgłoszonych do ubezpieczenia członków rodziny).

Oświadczam, że oryginały druków zostały złożone w ZUS w dniu.....

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\* właściwe podkreśl